

A récupérer du dossier N°1 pour 2018-2019

DATE LIMITE DE RECEPTION
DU DOSSIER A STRASBOURG
15 janvier 2018

ATTESTATION DE LA DUREE DE LA FORMATION HOSPITALIERE
AUTORISATION DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT
DE POURSUITE DE LA FORMATION SPECIALISEE EN France
■ CANDIDAT AU D.F.M.S.

[Peut être remplacée par une **attestation officielle** délivrée sous une autre forme par la faculté]

Je soussigné(e), _____

uniquement Doyen Secrétaire Général Directeur Etablissement Hospitalier

atteste que

Mme / M. _____

né(e) le _____ à _____ (_____)

a commencé la spécialité de (intitulé exact) _____

en qualité de _____

à la date du (jour/mois/année) : / / 2 | 0 |

Cette spécialité exige réglementairement, sur le **plan pratique**, l'accomplissement de _____ **semestres hospitaliers** (ou de _____ mois hospitalier) dans ladite discipline conformément aux **dispositions officielles ci-jointes** ⁽¹⁾ [hors stage invalidé à refaire ou à rattraper dans l'établissement d'origine] conformément à :

- (1) l'arrêté ministériel fixant la durée de la formation pour la spécialité (joindre copie)
 la décision du Conseil de Faculté fixant cette durée de formation (joindre copie)

Ces obligations de **hospitalières** prendront fin le (jour/mois/année) : / / 2 | 0 | En conséquence, il **restera à accomplir** au(à la) candidat(e), **au 1er novembre 2018** :

_____ semestre(s) ou _____ mois de stage.

L'intéressé(e) finalisera sa formation spécialisée avec délivrance du diplôme le _____

L'intéressé(e) a obtenu le **diplôme de docteur** **en médecine** **en pharmacie** en date du _____ auprès de la Faculté de _____ (_____)

J'autoriserai } l'intéressé(e) à prendre ses fonctions en France
 Je n'autoriserai pas } au **1er novembre 2018**

Je validerai } la formation suivie et les semestres hospitaliers
 Je ne validerai pas } effectués en France à son retour au titre de la spécialité postulée

Les **objectifs pédagogiques** à atteindre durant la formation en France sont les suivants :

(à compléter sur une page annexe)

Fait à _____, le _____

Signature lisible (avec **nom, prénom**
du signataire et **cachet** de l'établissement)
(avec traduction en français si nécessaire)

(1) Joindre copie des dispositions officielles précisant la durée de **formation pratique** exigée pour ladite spécialité (en mois, en semestres ou en années)

A récupérer du dossier N°1 pour 2018-2019

RELEVÉ DÉTAILLÉ DU CURSUS DE SPÉCIALITÉ
EFFECTUÉ À CE JOUR EN DEHORS DE LA FRANCE

■ CANDIDAT AU D.F.M.S.A.

[Peut être remplacé par une **attestation officielle** délivrée sous une autre forme par la faculté]Je soussigné(e), _____
(nom et prénom)**uniquement** Doyen Secrétaire Général

atteste que

Mme / M. _____

né(e) le _____ à _____ (_____)

a obtenu le **diplôme de docteur** **en médecine** **en pharmacie** en date du _____
auprès de la Faculté de _____ (_____)

a commencé la spécialité de (intitulé exact) _____

en qualité de _____

à la date du (jour/mois/année) : _____

a obtenu le **diplôme** **de médecin spécialiste**
 de pharmacien spécialiste dans la spécialité de : _____

à la date du _____ à _____

Au 15 janvier 2018, l'intéressé(e) a effectué les stages hospitaliers **spécialisés** détaillés dans
l'**Annexe 1E**.

Fait à _____, le _____

Signature (avec **nom, prénom**
du signataire et **cachet** de l'établissement)
(Doyen ou Secrétaire Général)
(avec traduction en français si nécessaire)